

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N^o
545

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Itic SRAER

Né le 3 novembre 1885, à Podul-Iloi (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GASTRO-ENTÉROSTOMIE

DANS LES

ULCÈRES STÉNOSANTS CHRONIQUES
DE L'ESTOMAC

Président : M. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

545

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Itic SRAER

Né le 3 novembre 1885, à Podul-Iloi (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GASTRO-ENTÉROSTOMIE

DANS LES

ULCÈRES STÉNOSANTS CHRONIQUES
DE L'ESTOMAC



Président : M. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^o, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie.	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOI
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique.	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBÉ (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE LUPU

A mon ami le Dr André GIRARD

A MON MAITRE

M. le Docteur RIEFFEL

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Professeur agrégé et ancien chef de travaux anatomiques
à la Faculté de Médecine

A M. le professeur Félix LEGUEU

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. les Docteurs PICQUÉ (*in memoriam*), BAUDET, GRÉGOIRE, CAUSSADE, Prof. GILBERT, Prof. COUVELAIRE, NOBÉCOURT.

Externat :

M. le professeur H. RIEFFEL
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

M. le Docteur PARMENTIER
Médecin de l'Hôtel-Dieu

M. le Professeur HUTINEL
Professeur de clinique infantile
à l'hôpital des Enfants-Malades

MM. les Docteurs GUELFUCCI, MAILLET, NADAL

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
GASTRO-ENTÉROSTOMIE
DANS LES
ULCÈRES STÉNOSANTS CHRONIQUES
DE L'ESTOMAC

INTRODUCTION

Ayant eu la bonne fortune de passer près de quatre ans dans le service de M. le professeur agrégé H. Rieffel, à l'hôpital Saint-Louis, il nous a été donné de l'assister dans un grand nombre de gastro-entérostomies. Nous avons toujours été frappés par l'excellence et la simplicité élégante de sa méthode, par la rapidité de l'exécution, par l'instrumentation peu compliquée dont il se sert, par les bons résultats, aussi bien immédiats que lointains. Notre maître a d'abord trouvé que sa manière de faire n'avait rien de particulier ; mais en étudiant la question, nous avons acquis la conviction que la réussite des gastro-entérostomies, ne dépendait pas seulement d'une technique opératoire impeccable, mais aussi d'un ensemble de soins pré et post-opératoires, qui met-

tent le malade dans un état plus favorable pour subir l'intervention et pour tâcher d'éviter toutes les complications qui pourraient assombrir le pronostic. C'est cette unité dans le traitement dont tous les éléments concourent vers ces excellents résultats, que finalement notre maître a bien voulu, nous autoriser à rapporter.

Nous tenons à remercier vivement M. le professeur agrégé Rieffel, pour sa parfaite sollicitude à notre égard, pour les précieux conseils et le bienveillant encouragement qu'il n'a cessé de nous témoigner en nous inspirant cette thèse.

Nous remercions également M. le Dr Parmentier, médecin de l'Hôtel-Dieu, d'avoir bien voulu nous laisser puiser dans son service, tous les renseignements qui concernaient les malades traités par lui et opérés ensuite par M. Rieffel.

Nous prions M. le professeur Legueu, qui a bien voulu accepter de présider notre thèse, d'agréer l'expression de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait.

DIVISION DU SUJET

Dans tout ce que nous décrirons, nous n'envisagerons que l'ulcère sténosant chronique. Après avoir indiqué les soins pré-opératoires, les soins anesthésiques, nous montrerons seulement les points particuliers de la technique opératoire de la gastro-entérostomie, de notre maître, M. Rieffel. Dans un

chapitre, sur les soins post-opératoires, nous insistons surtout, sur le régime que doivent suivre les opérés. Nous passerons ensuite en revue les complications immédiates et tardives de la gastro-entérostomie. Dans les quelques observations que nous rapportons à la fin, on verra les résultats excellents obtenus par M. Rieffel, résultats qui devraient faire de la gastro-entérostomie une opération journalière.

TRAITEMENT PRÉ-OPÉRATOIRE DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Le pronostic des gastro-entérostomies est considérablement amélioré par les soins pré-opératoires qui doivent être parfaitement réglés.

La plupart des malades souffrent depuis des années, présentent une dénutrition marquée et se trouvent dans des conditions déplorables pour subir un acte opératoire. Il faut agir énergiquement et relever leur force, par les moyens habituels : nourriture appropriée, injection d'huile camphrée, de sérum physiologique.

Nourriture. — Elle doit être légère, anti-fermentescible, se composant de substances hydrocarbonées et alcalines. Si le pylore est imperméable, toute nourriture sera inutile ; se contenter alors de l'alimentation sous-cutanée et rectale. Recommander la mastication de tout aliment, pour entraîner les glandes à salivation.

Boissons. — Si le pylore est perméable, faire absorber, une grande quantité de boissons chaudes, alcalines et sucrées. Si le pylore est rétréci, le sujet devra être hydraté par instillation rectale : deux à

trois litres par jour. Chaque litre contiendra 50 grammes de bicarbonate de soude.

Toniques. — Faire des injections d'huile camphrée et de sérum stérilisés. Quand le sujet est déprimé et qu'il faut l'opérer rapidement, faire des injections intraveineuses de sérum hypertonique glycosé. Une injection la veille et une le matin même de l'intervention.

Purgation. — Faut-il purger ces malades ? Le professeur Hartmann tranche la question par la négative. « L'expérience m'a appris, dit-il, qu'à la suite des gastro-entérostomies, les malades, qui jusque-là étaient très constipés, comme dans toutes les sténoses du pylore, présentaient de là diarrhée. Aussi je trouve inutile d'aggraver par avancé cette diarrhée possible par un purgatif. »

Il nous semble plus raisonnable de nous abstenir seulement quand le malade est faible et que son pylore est bouché ; s'il est résistant et si le pylore fonctionne bien, il faut le purger. Pauchet recommande de donner une purgation à la « Guelpa » : 40 grammes de sulfate de soude, dans un litre d'eau chaude, à boire en l'espace d'une demie ou trois quarts d'heure. Purgation deux jours de suite. Pendant ces deux jours, faire absorber 3 ou 4 litres de liquides sucrés ou alcalins. En tout cas, si le sujet ne peut être purgé, il faudra lui faire, pendant deux ou trois jours de suite, des lavages d'intestin de la façon suivante : 100 grammes d'huile administrée par l'anus avec une poire de caoutchouc ; puis on

introduit lentement un litre et demi d'eau chaude, laquelle sera évacuée immédiatement. Pas de lavages d'intestin la veille de l'opération. Le dernier sera administré l'avant-veille.

Antisepsie buccale et nasale. — Remplir les narines d'huile résorcinée ou goménolée. Faire faire des lavages fréquents de bouche avec une solution antiseptique faible et bien recommander au malade, de ne pas avaler ses crachats. La déglutition d'une salive rendue très toxique, par la malpropreté ou la carie dentaire pourrait augmenter les chances d'infection.

Lsvages d'estomac. — On a beaucoup discuté sur leur utilité, sur leurs avantages et inconvénients. Roux s'est montré tout à fait opposé aux lavages de l'estomac. Tout en admettant l'utilité d'un semblable traitement pour débarrasser l'estomac de son contenu, il est persuadé que rien ne débilite autant le malade. On a, en effet, souvent observé après un lavage des malaises prononcés, une petitesse inquiétante du poulx, pouvant aller jusqu'à la syncope.

Giordano, de Venise déclare que bien souvent, il hésite à pratiquer le lavage d'estomac avant l'opération dans l'ignorance qu'il est de l'état des parois gastriques. Dans un cas où il y avait adhérence du foie à l'estomac à la suite d'un ulcère siégeant à la petite courbure, l'issue a été fatale. Au moment d'intervenir, il trouva le malade glacé ; l'estomac s'était libéré de ses adhérences protectrices à la suite du

lavage et l'eau introduite s'était répandue dans la cavité péritonéale.

Von Peham a rapporté deux cas de mort après un lavage, l'un par hémorragie et l'autre par perforation.

Tous ces faits constituent des exceptions. Renonçons aux lavages dans le cas d'un ulcère en pleine évolution ou chez des malades extrêmement débilisés ; mais utilisons leurs avantages, qui généralement sont incontestables.

Pour Terrier, ces lavages sont utiles la plupart du temps, surtout lors de stase gastrique. Certains auteurs ont dit, qu'il fallait laver et relaver l'estomac du malade, dans les jours qui précèdent l'opération, espérant ainsi réaliser l'asepsie du contenu gastrique. C'est là une pure illusion. Le contenu stomacal ne peut être rendu aseptique, par des lavages si nombreux et si répétés qu'ils soient.

Pour Rieffel, la pratique du lavage, dépend du degré de la sténose. Quand la sténose est faible, inutile de pratiquer de lavage. Quand elle est moyenne, un simple vidage suffit dans la majorité des cas. Enfin quand elle est très serrée, il faut vider et laver l'estomac.

Quand et combien de fois, faut-il laver ?

Tuffier et Roux-Berger, conseillent de laver plusieurs jours de suite avant l'opération, matin et soir, jusqu'à ce que l'on obtienne un liquide clair. Le dernier lavage est fait, le jour même de l'opération, une heure avant celle-ci. Hartmann au contraire indique

de ne laver qu'une seule fois, juste avant l'opération. Rieffel fait pratiquer le lavage, la veille de l'opération dans la soirée et exceptionnellement le matin même de l'opération. Pour lui, il est inutile de vouloir systématiquement laver l'estomac, si le malade est très affaibli ou très rebelle à l'introduction de la sonde œsophagienne. Nous indiquerons ultérieurement par quelle manœuvre simple, il arrive à pallier à l'absence du lavage et éviter ainsi l'écoulement du liquide gastrique dans la plaie opératoire.

Avec quoi faut-il laver l'estomac ?

A la clinique de Mickulicz on pratique généralement les lavages à l'eau chaude. Billroth se sert d'eau tiédie, Jacoulay d'eau boriquée. Terrier utilisait l'eau bouillie simple. Rydigier se sert d'acide salicylique à 1/1000 et Czerny à 2/100. D'autres auteurs emploient le bicarbonate de soude, le permanganate de potasse, l'eau de Vichy. Rieffel se sert d'eau bouillie tiédie, sinon d'eau salée tiède, dans le but de relever la tonicité gastrique.

Nous n'insistons pas sur les précautions pré-opératoires habituelles (bain la veille, pansement aseptique sur la région opératoire) qui sont les mêmes dans toutes les opérations.

Anesthésie

Hahn a pratiqué la gastro-entérostomie sans anesthésie. Billroth donne tantôt l'éther, tantôt le chlo-

roforme. Kocher et Roux donnent l'éther seulement. Terrier utilise toujours le chloroforme, tandis que Tuffier emploie d'une façon courante l'éther.

Pauchet indique d'une façon générale, pour la chirurgie gastrique, trois méthodes d'anesthésie.

a) **Rachi-anesthésie.** — Il a recours à la néocaïne : une ampoule de rachi (Corbière) contient 5 centigrammes de néocaïne et 3 centigrammes de cocaïne. On peut employer toute l'ampoule. La ponction sera faite entre deux vertèbres lombaires : généralement la deuxième et troisième. Une aiguille de 7 à 8 centimètres suffit. Ponctionner sur la ligne médiane. Laisser couler 10 à 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien et injecter lentement. Aspirer et injecter de façon à faire le mélange de la néocaïne avec le liquide céphalo-rachidien. Le sujet est couché sur le dos, immédiatement après ; le bassin est soulevé de 10 à 15 centimètres ; la tête fortement fléchie sur le thorax, de façon à ce que le milieu du dos soit au contact de la table. Deux ou trois minutes de cette position suffisent.

b) **Anesthésie mixte : rachidienne et locale.** — On enlèvera 5 à 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, par une ponction lombaire entre la douzième dorsale et la première lombaire, y injecter avec une aiguille 6 centimètres cubes de néocaïne ; l'anesthésie durera une demi-heure à trois quarts d'heure, ce qui est suffisant, pour libérer une tumeur, seul temps douloureux et pour lequel la rachi opère l'analgésie. Puis localement, on fera une infiltration

sur la ligne médiane, ce qui rendra la suture de la paroi indolore.

Terrier s'oppose à l'injection de la cocaïne dans le canal rachidien à cause des vomissements qu'elle produit.

c) **Anesthésie mixte : locale à la néocaïne et générale au chlorure d'éthyle.** — La peau et l'aponévrose sont infiltrées depuis l'ombilic jusqu'à l'appendice xyphoïde, par une solution de néocaïne-surrénine à 1/200; 50 centimètres cubes suffisent. Puis l'abdomen étant ouvert, on infiltre le ligament gastro-hépatique de 50 à 60 centimètres cubes à 1/100. En plus si le malade souffre, on lui fait respirer quelques bouffées de chlorure d'éthyle.

Rieffel emploie d'une façon générale le chloroforme. On endort les malades à fond, jusqu'à ce que l'intestin et l'estomac soient en place pour commencer la néostomie. A partir de ce moment, il réduit considérablement l'anesthésie et ne la reprend de nouveau que pour la fermeture de la paroi abdominale. D'ailleurs cette anesthésie demande une surveillance attentive, car il n'est pas rare lorsqu'on attire l'estomac au dehors, de constater des troubles de la respiration tels que arrêts et irrégularités; mais, en général, ces incidents disparaissent vite.

A un autre point de vue, il faut veiller pendant l'anesthésie, à ce que toutes les mucosités soient enlevées aussitôt qu'elles se produisent.

Ce n'est que très rarement que Rieffel se sert

d'anesthésie locale et cela, lorsque les malades sont âgés ou présentent des cardiopathies.

Beaucoup d'auteurs ont insisté, sur la nécessité d'avoir une température chaude dans la salle d'opération ; l'estomac et l'intestin devant être mis au contact de l'air. Ce détail particulier a une très grande importance, surtout lorsque le malade à opérer est particulièrement affaibli. D'ailleurs, on peut, comme le fait Rieffel, couvrir ces viscères, avec des champs trempés dans du sérum chaud et on maintient ces champs à une température convenable, en les aspergeant de temps à autre avec de nouvelles quantités de sérum.

MANUEL OPÉRATOIRE

Nous n'avons pas l'intention de décrire en détail la technique de la gastro-entérostomie, mais seulement d'insister sur quelques points spéciaux. Notre maître, M. Rieffel, est resté fidèle à l'opération primitive de von Hacker, telle que la pratique d'ailleurs beaucoup d'autres chirurgiens.

L'incision de la paroi, qu'on fait en général de l'appendice xyphoïde à l'ombilic et qui parfois dépasse ce dernier point, a rarement besoin d'être aussi étendue. Il suffit souvent d'une section de 7 à 8 centimètres.

Au lieu d'être médiane, comme le recommande Terrier et Marion, elle est un peu oblique en bas et à gauche, de façon à ménager le ligament suspenseur du foie.

Si on se rappelle que les éventrations post-opératoires se produisent bien plus facilement dans la portion sus que sous-ombilicale de la ligne blanche et cela, en dépit des sutures les plus soignées, on comprendra que dans l'espèce, la longueur de l'incision n'est pas une chose indifférente.

Rien de spécial à dire sur la perforation du méso-

côlon transverse, qui se pratique dans l'espace presque avasculaire, intermédiaire aux artères coliques moyenne et gauche, dont je n'ai jamais observé aucune blessure entre les mains de mon maître.

La traction de l'estomac est facilitée par le doigt qui refoule comme un doigt de gant, en s'appliquant sur la paroi gastrique antérieure. L'estomac est fixé au mésocôlon, d'abord par trois points : deux latéraux, l'autre inférieur. Le dernier point n'est posé qu'à la fin de l'opération. Cela semble faciliter l'application de la suture séro-séreuse terminale.

En ce qui concerne la recherche de l'anse jéjunale, certains chirurgiens mettent un temps assez long pour la trouver. Il suffit de bien prendre les repères anatomiques, comme le fait Rieffel, pour ne pas avoir la moindre hésitation.

Il faut se rappeler que l'angle duodéno-jéjunal, c'est-à-dire la jonction de la portion ascendante du duodénum avec la première anse du jéjunum, se trouve, contre la paroi abdomino-péritonéale postérieure, étroitement accolée au côté gauche de la deuxième vertèbre lombaire, en un point qui répond à l'insertion du feuillet inférieur du mésocôlon transverse, qu'il suffit de suivre très exactement avec deux doigts, qui reconnaissent aisément l'angle duodéno-jéjunal et fossette correspondante et saisissent la première anse du jéjunum, placée immédiatement à gauche de cet angle et de cette fossette, et qui se laisse attirer avec une grande facilité.

Chez les sujets maigres, après avoir rejeté à droite les circonvolutions intestinales, l'œil suffit généralement pour reconnaître la disposition des parties ; il est même des cas où l'on voit le jéjunum sortir du mésocolon, en même temps qu'on aperçoit le ligament de Treitz, tendu par la traction exercée sur ce mésocolon.

Pour les sutures, M. Rieffel se sert de fines aiguilles de couturières et de fils de soie 00. Dans une communication récente à la société de chirurgie, Gosset et Georges Lœvy, condamnent l'emploi des fils non résorbables, aussi bien le fil de lin que la soie, pour les opérations gastriques. Ils accusent ces fils non résorbables de la formation de certains ulcères après gastro-entérotomie.

Nous n'avons jamais observé, ni l'apparition d'ulcères peptiques par suite de l'emploi des surjets à la soie, ni les accidents d'élimination signalés par quelques chirurgiens.

Pour faire les sutures, Rieffel ne pose jamais de clamps ni sur l'estomac, ni sur l'intestin. Il juge même inutile d'introduire dans la lumière de l'intestin et de l'estomac des mèches de gaze formant bouchon et de fait, avec une anesthésie attentive, nous n'avons jamais remarqué le moindre écoulement de liquide stomacal. Il a l'habitude de faire tenir par l'aide, l'estomac et l'intestin accolés et fixés par des pinces à dents de souris, de façon à maintenir les viscères de haut en bas et de gauche à droite. La portion cardiaque étant plus haute que la portion pylorique.

Nous appelons l'attention sur la douceur avec laquelle toutes les manœuvres doivent se pratiquer. Aucune traction brutale n'est employée. On évite ainsi les tiraillements douloureux qui se produisent sur le plexus solaire et qui pourraient provoquer des accidents.

L'incision des viscères se fait non pas aux ciseaux et histouri, mais au thermocautère. Quel avantage, de se dispenser de toute hémostase, en ne s'exposant en aucune façon, aux rétrécissements de la bouche, ainsi que le montre les résultats éloignés.

Quand il s'agit d'une gastro-entérostomie pour ulcère, comme dans les cas que nous envisageons, la longueur de la bouche n'excède pas 20 à 25 millimètres. Elle est plus longue dans la gastro-entérostomie pour cancer, où elle est de 4 à 5 centimètres, parce que l'opération étant palliative, on peut craindre l'envahissement de la bouche par le néoplasme.

Tandis que dans l'ulcère, la bouche doit être petite, de façon à ce que les aliments séjournent plus longtemps dans l'estomac, lequel ne doit pas se transformer en entonnoir. On prévient ainsi la dyspepsie gastro-intestinale.

Le siège de la bouche dans l'ulcère doit être aussi près que possible de la portion pylorique et toujours près de la grande courbure, si l'état des lésions le permet.

Pour exposer largement la face postérieure de l'estomac, afin de choisir exactement le point d'aboutissement, M. Pierre Duval, recommande de pénétrer

dans l'arrière-cavité des épiploons après avoir pratiqué le décollement colo-épiploïque. Cette manœuvre nous semble inutile, car par la brèche mésocolique on peut attirer suffisamment la région prépylorique pour bien placer l'anastomose.

La durée de l'opération a son importance, parce qu'il s'agit souvent de malades affaiblis, cachectiques. Terrier lui assigne une durée d'une heure. On peut l'exécuter en bien moins de temps, et nous en avons vu faire par M. Rieffel en dix-sept minutes.

Tous ces points techniques que nous venons d'exposer, contribuent à assurer le succès de l'intervention.

TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE

Nous n'insistons pas sur les soins communs avec les autres opérés abdominaux. Un seul point retiendra surtout notre attention, c'est l'alimentation des gastro-entérostomisés. N'oublions pas, que dans les cas que nous envisageons, c'est-à-dire, dans les ulcères sténosants chroniques, l'opération n'enlève pas le mal, mais met les malades, dans des conditions favorables pour une guérison rapide. Un régime bien compris hâtera grandement cette guérison.

Dans la pathogénie de l'ulcère de l'estomac, intervient un certain degré d'insuffisance hépatique, pancréatique ou un vice de sécrétion des glandes de l'estomac. Le fait que les aliments s'écoulent directement dans l'intestin, supprime la stase gastrique, assure des digestions plus régulières, mais les troubles dûs à la viciation sécrétoire et à l'insuffisance des organes persistent. Une hygiène alimentaire s'impose et Pauchet insiste sur ce point.

Roux donne à ses malades de la choucroûte, dès le lendemain de l'opération. Hartmann leur fait prendre le soir de l'opération du champagne et de la glace, le lendemain du lait et dès la première semaine

de la viande et des légumes. Pauchet les fait boire d'abord par cuillerée à soupe, puis il augmente la dose, pour arriver à 2 ou 3 litres par jour de boissons alcalines sucrées. Il ne reprend l'alimentation proprement dite, avec des substances solides, que le huitième jour « une fois, dit-il, que la plaie muqueuse sera réunie ».

Nous allons exposer en détail, comment Rieffel, traite ses malades dans les jours qui suivent l'opération.

Jour de l'opération. — Aussitôt recouché, 250 à 500 grammes de sérum. Dans la journée, des lavages fréquents de la bouche avec de l'eau additionnée d'eau oxygénée. Huile camphrée selon les besoins.

Premier jour. — 500 grammes de sérum en deux fois. Une cuillerée à café d'eau bouillie toutes les heures. Huile camphrée et spartéine selon les nécessités.

Deuxième jour. — 500 grammes de sérum, huile camphrée. Une cuillerée à soupe de lait coupé de deux tiers d'eau, toutes les deux heures ; 30 grammes de café en deux fois.

Troisième jour. — 250 grammes de sérum, huile camphrée. Une cuillerée à soupe de lait dans deux cuillerées d'eau toutes les heures. Dans l'après-midi moitié lait, moitié eau ; 30 grammes de café.

Quatrième jour — Huile camphrée. Suppositoire évacuateur et une demie heure après, donner au besoin un lavement d'un demi litre d'eau. Les deux tiers d'une tasse à café, coupé de un tiers d'eau,

toutes les deux heures. Entre temps donner des infusions de tilleul.

Cinquième jour. — Huile camphrée. Suppositoire évacuateur et lavement au besoin. Une tasse à thé de lait ou bouillon de légumes toutes les deux heures. Au déjeuner, tapioca léger au bouillon de légumes.

Sixième jour. — Deux potages au bouillon de légumes. Lait de poule à l'eau, fait avec un jaune d'œuf seulement. Eau à discrétion ou infusion. Le soir 20 à 40 centigrammes de calomel en deux fois, à une heure d'intervalle.

Septième jour. — 20 grammes d'huile de ricin dans du lait chaud. Déjeuner : purée de pommes de terre. Compote. Goûter : lait de poule à l'eau. Dîner : tapioca au bouillon de légume. Compote ou gelée de confiture.

Huitième jour. — Petit déjeuner : thé au lait. A 9 h. 1/2 tasse à thé de lait ou bouillon de légumes. Déjeuner : merlan bouilli, purée de pommes de terre. Goûter : lait de poule à l'eau. Dîner : potage au bouillon de légumes. Crème prise. Gâteaux secs.

Neuvième jour. — Petit déjeuner : café au lait. A 9 h. 1/2 lait. Déjeuner : nouilles à l'eau, un œuf à la coque. Goûter : lait ou bouillon de légumes. Dîner : potages au lait ou bouillon de légumes. Pudding.

Dixième jour. — Petit déjeuner : café au lait ; à 9 h. 1/2. Déjeuner : poulet haché, nouilles ou purée. Petit suisse. Goûter : lait ou bouillon de légumes. Dîner : potage passé. Crème prise.

Ce régime est bien entendu pris comme type. On

peut le varier dans certaines proportions, selon les susceptibilités individuelles.

A partir du dixième jour, le malade peut prendre au déjeuner : du poulet rôti, cervelle, jambon, poisson bouilli, riz de veau, côtes de mouton. Comme légumes : purée de pommes de terre ou de châtaignes, nouilles, macaroni, riz.

Diners : potages soit au lait, soit au bouillon de légumes, légumes passés, bouillis. Œufs, compotes. On peut donner des breackfaest et des biscottes aux repas.

Au bout de vingt jours, le malade peut prendre indifféremment toute viande grillée et des légumes verts. Comme boissons : de l'eau, des tisanes.

L'importance du régime est capitale. Il peut subir des variations étendues, mais restant toujours dans certaines limites. Bon nombre de complications, que nous décrirons plus loin, sont dues, aux écarts alimentaires. Nous devons soumettre les gastro-entérostomisés à une rééducation digestive, autrement les bénéfices de l'opération sont supprimés. Les repas seront régulièrement espacés, 3 ou 4 par jour, suivant les habitudes de chacun. La mastication sera particulièrement soignée ; une nourriture bien mâchée est à moitié digérée. La fatigue de l'estomac et de l'intestin est ainsi diminuée. En plus, les aliments, ainsi bien mastiqués, sont abondamment imprégnés de salive.

Autant que possible ne pas boire en mangeant, mais plutôt entre les repas, une ou deux heures après.

Dans les jours qui suivent l'opération, le malade devra rester dans la position assise, de façon à éviter la stase pulmonaire. On veillera à son repos, en ordonnant au besoin des piqûres de morphine.

C'est en suivant toutes ces prescriptions que les malades s'achemineront vers la guérison.

ACCIDENTS DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Ces accidents sont fort nombreux et diffèrent par leur gravité. Les uns surviennent peu de temps après l'opération, quand le malade se trouve encore à l'hôpital ; les autres ne font leur apparition que tardivement et ont été bien étudiés ces dernières années.

I. — Accidents immédiats

Nous ne ferons que mentionner le choc opératoire, grave surtout chez des malades épuisés, la cachexie post-opératoire, et les accidents dus au chloroforme. Ils proviennent de ce que l'opération a été prolongée et que les malades ont absorbé une quantité plus grande du chloroforme.

a) **L'hémorragie post-opératoire** se fait dans l'estomac ou dans la cavité péritonéale. Sont-elles dues à un défaut de sutures, comme dans le cas rapporté par Bernard ? Un vaisseau qui n'avait pas été oblitéré, s'est trouvé entre deux points du surjet trop espacés l'un de l'autre. L'hémorragie a été lente et continue. La mort s'ensuivit deux jours après l'opération.

Mais ces hémorragies peuvent aussi être dues au chloroforme, réalisant une véritable gastrite aiguë toxique. Enfin elles peuvent aussi tenir à l'ulcère lui-même.

b) **Le non fonctionnement de la bouche** peut se produire quelquefois pendant les jours qui suivent l'opération. Les malades restent trois ou quatre jours sans vider leur estomac, ils vomissent souvent un liquide sanglant. Dans ces cas, il faut pratiquer un lavage de l'estomac.

c) **Le reflux.** — L'histoire du reflux après la gastro-entérostomie est aussi vieille que celle de l'opération elle-même. Wœlfler, en effet, dans l'article qui donne la description de sa méthode et du premier cas opéré par lui, rapporte l'observation de Billroth qui perdit son premier opéré de gastro-entérostomie, peu après l'opération, de vomissements bilieux incoercibles.

Variétés de reflux. — D'après Tavel, on peut distinguer quatre variétés de reflux :

1° *Déversement des sucs duodénaux par le pylore dans l'estomac.* — Ce cas admis par quelques auteurs se produit certainement, puisque même sans gastro-entérostomie on peut constater la présence de bile dans l'estomac. Mais, il s'agit de savoir, si l'entrée par voie rétrograde des sucs duodénaux dans l'estomac, peut amener les symptômes constituant le reflux ? L'expérimentation et l'observation, montrent que le déversement du contenu duodénal dans l'estomac par la voie pylorique est intermittent ; il se produit

à la fin de la digestion et ne cause pas les accidents qui accompagnent le vrai phénomène du reflux.

2° *Déversement des sucs duodénaux par la branche afférente de l'anastomose dans l'estomac.* — C'est certainement l'accident le plus fréquent et le plus grave. Dans la gastro-entérostomie ordinaire aucun obstacle mécanique ne s'oppose à l'entrée du suc duodénal dans l'estomac. Il semble que l'accident, doit nécessairement se produire et s'il ne se produit pas, c'est parce que le péristaltisme intestinal fait suivre aux sucs duodénaux, le trajet normal.

3° *Déversement rétrograde de la branche efférente dans l'estomac.* — Cette variété a été observée par quelques auteurs. Les vomissements sont fécaloïdes, au lieu d'être bilieux, comme dans le cas précédent.

4° *Déversement de l'estomac dans la branche afférente de l'anastomose.* — Cette variété constitue le *circulus viciosus*, que nous étudierons séparément.

Causes du reflux. — Elles sont fort diverses et Chlumski en a signalé les principales :

1° La plus fréquente, c'est la formation d'un éperon. L'anastomose une fois faite, les deux branches sont suspendues par elle à l'estomac en un point qui reste fixe. Lorsque l'anse anastomosée se coude brusquement au point d'insertion, sa paroi inférieure forme alors un éperon par l'application des deux branches, l'une contre l'autre. Cet éperon, en s'infléchissant d'un côté ou de l'autre, suivant le cas, bouche ou la branche afférente ou la branche efférente et provoque une des variétés du reflux.

C'est surtout à l'insertion de la branche afférente qu'on observe le coude et cela s'explique facilement, puisqu'en général l'estomac est étalé horizontalement pendant l'opération, tandis que son grand axe est presque vertical dans l'abdomen.

2° Le déplacement du jéjunum peut amener un coude au repli duodéno-jéjunal et provoquer de cette manière un ileus du duodénum.

3° Il arrive facilement que l'ouverture intestinale soit plus grande que l'ouverture stomacale, cette dernière se rétractant et formant une couronne de petits replis qui obstruent la branche efférente.

4° Si l'incision de l'estomac est parallèle à son grand axe, il peut arriver que la contraction des fibres longitudinales diminue tellement le calibre de la fistule que celle-ci devient imperméable.

5° Si la suture muco-muqueuse est insuffisante, on peut observer que les bords de celle-ci se réunissent immédiatement après l'opération ; alors rien ne passe dans l'anastomose.

6° Si l'anastomose n'est pas recouverte de muqueuse, on peut observer dans la suite une rétraction cicatricielle suivie de sténose partielle de l'une ou de l'autre des branches de l'anastomose, ce qui peut amener les symptômes de reflux ou les exagérer.

7° L'implantation anti-péristaltique de l'anse anastomosée avec l'estomac contribuera certainement à favoriser le reflux. Aussi a-t-on toujours cherché à établir une implantation iso-péristaltique.

8° L'implantation antérieure est certainement

moins favorable que l'implantation postérieure, dans laquelle le chyme stomacal tombe rapidement dans la branche efférente.

Importance clinique du reflux. — Beaucoup d'auteurs admettent que le reflux existe presque toujours après la gastro-entérostomie ; et comme le fait remarquer Tuffier, il est bien rare, si l'on sonde au bon moment les opérés, de ne pas trouver de la bile dans l'estomac. La quantité en est variable. Tantôt on trouve quelques centaines de grammes, tantôt bien moins (quelques grammes seulement) et dans certains cas il faut recourir à l'analyse chimique pour déceler la bile, dans l'eau de lavage retirée de l'estomac.

Aucun procédé de gastro-entérostomie ne met à l'abri du reflux, mais les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître qu'il est plus fréquent et plus abondant par le procédé en Y de Roux que par le procédé de von Hacker. Ce reflux tend d'ailleurs à diminuer à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'opération. Il arrive souvent que les malades qui ont vomi des grandes quantités de bile, pendant les premiers jours succédant à l'intervention, n'en présentent plus ultérieurement que des traces dans leur estomac.

Mais, ce qui est important à considérer, c'est que ce reflux des sucs intestinaux peut être utile, car ces sucs neutralisent le contenu gastrique et agissent comme une médication alcaline ; ils diminuent ainsi la douleur et activent la cicatrisation de l'ulcère ; ce serait là le mécanisme des améliorations et des gué-

risons à l'actif de la gastro-entérostomie pour dyspepsies rebelles.

En même temps que la bile, le suc pancréatique est également déversé dans l'estomac. A la suite des expériences de Chlumsky, on a accusé la nocivité du suc pancréatique, des troubles graves dus au reflux.

En résumé, on peut admettre que le reflux est en général inoffensif. Il peut produire quelques vomissements ; il s'atténue souvent avec le temps et dans les cas où le malade succombe avec des vomissements bilieux abondants et incoercibles, ce n'est pas le reflux qu'il faut accuser, mais le cercle vicieux.

d) **Le cercle vicieux** consiste dans l'évacuation anormale du contenu stomacal dans l'anse duodénale. Les aliments, au lieu de suivre normalement le tractus intestinal en prenant l'anse efférente, passent dans l'anse afférente, qu'ils distendent. Le malade a des vomissements incessants teintés de bile et l'état devient rapidement très grave. Ce qui caractérise à l'autopsie le cercle vicieux, c'est l'état de distension de l'estomac et du duodénum, contrastant avec la flaccidité et la rétraction de l'anse efférente.

On est peu fixé sur la cause productrice du cercle vicieux ; on a successivement accusé la coudure brusque de l'anse efférente, la brièveté du mésentère, la trop grande longueur ou au contraire la brièveté excessive de l'anse anastomosée ou encore un défaut de technique.

On a accusé l'infection de pouvoir produire un

syndrome analogue au cercle vicieux. Il est certain qu'il peut y avoir, du fait des inoculations opératoires, une réaction plus ou moins marquée du péritoine au niveau du siège de l'intervention. De même on peut avoir des paralysies de l'estomac avec distension, par une grande quantité de liquide noirâtre, comme on en a constaté parfois dans un certain nombre d'interventions abdominales. Mais il est permis de se demander si l'on n'a pas confondu quelquefois le cercle vicieux avec une péritonite ou une dilatation aiguë de l'estomac.

Le cercle vicieux est un accident fort rare. Nous ne l'avons jamais observé chez les opérés de Rieffel. Dans une statistique de la clinique de von Hacker, on relate deux cas de cercle vicieux sur 107 gastro-entérostomies, pratiquées par le procédé de von Hacker. Routier qui fait toujours la gastro-entérostomie antérieure déclare n'avoir jamais vu cette complication. Pourtant Mauclaira l'a observée dans un quart de ses opérés et la proportion indiquée par Mickulicz est beaucoup plus forte (40 o/o des cas).

Le traitement du cercle vicieux doit être précoce. Il consiste dans une jéjuno-jejunostomie complémentaire. Mauclaira a indiqué la position génu-pectorale comme traitement du *circulus viciosus*.

e) **L'occlusion intestinale.** — Dans l'anastomose trans-mésocolique, l'anse grêle peut s'étrangler dans l'orifice créé au travers du mésocôlon. En d'autres circonstances il s'agit d'une paralysie pure et simple de l'intestin ou d'un étranglement par

brides péritonéales. Ce sont là des faits exceptionnels.

Par contre, ce que l'on observe relativement plus souvent, surtout chez des débilités, des cachectiques tels que sont en général les opérés de gastro-entérostomie, ce sont deux complications générales : la parotidite et la bronchopneumonie.

f) **La parotidite**, par infection canaliculaire ascendante, est due surtout à la septicité du milieu buccal. D'où la nécessité de soumettre ces malades à une antisepsie buccale rigoureuse.

g) **La bronchopneumonie**. — Elle est fréquente dans certains milieux hospitaliers et constitue souvent l'unique cause du décès des gastro-entérostomisés. C'est une broncho-pneumonie à foyers disséminés s'accompagnant de dilatation aiguë des bronches et d'expectoration purulente abondante. Ces malades ne meurent pas toujours. Ils peuvent guérir, après une convalescence très longue ; ils mettent six mois, un an pour se rétablir, après être restés dans un état de grand affaiblissement pendant très longtemps.

Pour prévenir cette bronchopneumonie, il faut que ces malades soient opérés rapidement, de façon à restreindre la durée du traumatisme opératoire et à ce qu'ils soient soumis le moins longtemps possible à l'influence des anesthésiques, auxquels il est logique d'attribuer une action irritante sur les bronches et le poumon. Il est bon également de garantir ces malades contre toute espèce de refroidissement.

dissement et enfin d'assurer le mieux possible le nettoyage de la bouche.

N'oublions pas que les accidents pulmonaires ne surviennent pas toujours immédiatement après l'opération. Dans certains cas, ils ne se produisent que six ou huit jours après. On peut considérer pratiquement le malade hors de danger, lorsqu'il s'est écoulé une dizaine de jours depuis l'intervention.

h) Les œdèmes, dernière complication immédiate qui nous reste à examiner, sont surtout intéressants par leur pathogénie. D'après Montrofit et Canonne, c'est au moment de la reprise de l'alimentation normale, qu'on constate ces œdèmes, qui sont plus ou moins généralisés. Il s'agit, le plus souvent, de malades dépassant la quarantaine, arrivés à l'hôpital, dans un état d'amaigrissement marqué, par suite de vomissements quotidiens dus à un obstacle pylorique. L'œdème fait son apparition du cinquième au dixième jour qui suit l'intervention. On l'observe seulement chez les malades, qui abandonnant le régime lacté exclusif, pour prendre une nourriture plus substantielle, arrivaient plus rapidement à la ration alimentaire normale des sujets sains. Le premier symptôme qui attire l'attention, c'est le gonflement du prépuce ; puis l'infiltration œdémateuse gagne le scrotum, les fesses, la face postérieure des cuisses. Parfois, elle envahit complètement les membres inférieurs et même une partie de l'abdomen.

Avec l'apparition de l'œdème coïncide une augmentation rapide de poids ; puis survient brusque-

ment une polyurie abondante de 2, 3 ou même 4 litres par vingt-quatre heures, suivie de près, d'une fonte des œdèmes et d'une chute progressive du poids du corps.

L'âge du sujet, l'état d'inanition antérieur, l'assimilation rapide consécutive au brusque changement d'alimentation, telles sont les conditions nécessaires pour la production des œdèmes dans ces cas de gastro-entérostomie.

Chez ces malades, les reins ne sont pas toujours indemnes et la rétention physiologique se complique d'une légère rétention pathologique. Par suite du régime sévère, qu'ils suivaient avant l'opération, l'équilibre chloruré met un certain temps à se rétablir et l'hydratation progressive aboutit à l'œdème apparent. Tandis que chez les jeunes opérés, dont les reins ne présentent aucune lésion, l'équilibre chloruré s'établit rapidement en deux ou trois jours, et l'œdème n'a pas le temps, de faire son apparition.

II. — Accidents tardifs

Nous n'étudierons parmi les accidents tardifs de la gastro-entérostomie chez les ulcéreux sténosants chroniques, que : l'ulcère peptique du jéjunum, l'oblitération de la néostomie et les troubles gastro-intestinaux.

Ulcère peptique du jéjunum. — C'est une complication assez rare de la gastro-entérostomie. Pourtant Gosset a pu réunir 31 cas et Vachez dans

sa thèse a ajouté cinq nouvelles observations. Beaucoup de cas n'ont sans doute pas été notés, parce que l'ulcère peptique est un accident à longue échéance.

ETIOLOGIE. — On l'observe surtout chez les hommes, peut-être à cause de l'abus des boissons alcooliques ou à cause d'une nourriture excitante et grossière.

L'ulcère du jéjunum apparaît à tous les âges, mais le plus fréquemment entre trente et quarante ans. Le temps écoulé entre la gastro-entérostomie et l'apparition de l'ulcère est très variable. C'est ainsi que la lésion a fait son apparition une fois au dixième jour, une autre fois au deuxième mois qui suivirent l'intervention ; d'autres fois, elle a une marche absolument torpide et l'ulcère a pu n'apparaître que neuf ans après la gastro-entérostomie.

Le procédé opératoire ne semble pas avoir influencé grandement l'ulcère jéjunal. On l'a observé surtout dans la gastro-entérostomie antérieure. Rieffel qui emploie toujours la gastro-entrostomie postérieure n'a jamais observé cette complication.

PATHOGÉNIE. — Elle est encore assez mal connue. Plusieurs facteurs interviennent dans la production de l'ulcère peptique : un estomac à dilatation considérable, consécutive à une sténose pylorique serrée ; une sécrétion chlorhydropeptique tendant à devenir de plus en plus active sous l'effet de la stase ; un abouchement intestinal effectué tardivement ou trop près de l'antra pylorique ; et enfin un suc gastrique à pouvoir exalté arrivant au contact de la muqueuse

jéjunale aucunément neutralisé par la sécrétion biliaire et pancréatique. Ces facteurs préparent l'apparition des phénomènes d'auto-digestion, favorisée le plus souvent par une absence complète de traitement médical approprié et peut-être aussi par une moindre vitalité de la muqueuse.

FORMES CLINIQUES. — Gosset distingue trois formes : une forme perforante d'emblée avec péritonite généralisée ; une forme avec péritonite localisée et plastron et enfin une forme avec perforation dans un viscère creux, habituellement le côlon transverse. Vachez dans sa thèse appelle la première forme de Gosset : forme latente de l'ulcère jéjunal ; puis il réunit les deux autres formes en une seule qu'il désigne sous le nom de : forme adhésive chronique. Enfin il distingue une troisième et nouvelle forme qu'il appelle : forme simple de l'ulcère jéjunal. Examinons chacune de ces trois dernières formes :

1° *Forme latente avec péritonite d'emblée.* — L'ulcère jéjunal évolue d'une façon latente, sans déterminer de troubles appréciables jusqu'au jour où brusquement survient la perforation. Celle-ci n'est le plus souvent précédée d'aucun symptôme prodromique et les accidents éclatent au milieu d'une excellente santé. Parfois les malades accusent la veille ou les jours précédents une sorte de malaise avec des troubles plus marqués dans la région de l'estomac, mais bien insuffisants pour prévoir un dénouement aussi rapide. Rarement enfin, un effort violent peut provoquer la perforation.

Quelque soit le mode de production de la perforation, le début des accidents est toujours le même. Subitement le malade est pris d'une douleur violente, au niveau de l'épigastre. Cette douleur gagne bientôt tout l'abdomen : elle s'étend aux hypochondres, aux flancs, s'irradie jusque dans l'épaule. Le moindre contact ou le mouvement l'exaspèrent. Dès ce moment, on peut constater une rétraction de la paroi abdominale avec tension et dureté particulière, des muscles grands droits.

A cette période de début, va succéder celle de la péritonite. Le ventre se ballonne, les anses intestinales se météorisent. Au palper on sent la paroi dure, contracturée, tendue. Le météorisme est surtout accusé, vers les parties supérieures de l'abdomen, la matité hépatique, tendant à disparaître. Une voussure vient alors occuper l'épigastre et les hypochondres.

On note à ce moment des vomissements, d'abord muqueux, puis bilieux, quelquefois fécaloïdes. Dans un grand nombre de cas, les évacuations se suppriment : constipation au début et urines rares, auxquelles succèdent bientôt un arrêt absolu des matières et des gaz, accompagné parfois d'anurie complète ; aussi a-t-on pu penser à une obstruction intestinale.

Les symptômes généraux, acquièrent bien vite une gravité marquée. La température est forte. On a observé parfois de l'hypothermie. Le pouls est fréquent, incomptable, puis devient filiforme. Les extré-

mités se refroidissent, les traits sont tirés, le nez effilé. Le malade meurt en adynamie.

Un caractère des plus importants de cette forme est la rapidité de l'évolution vers le collapsus et l'intensité de celui-ci; l'état algide que détermine le collapsus l'emporte sur la réaction inflammatoire de la péritonite. Le malade est enlevé en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

2^o *Forme chronique adhésive.* — Le tableau clinique varie suivant que les adhérences ont été contractées avec la paroi abdominale antérieure ou avec un viscère creux, le plus souvent, le colon transverse. La perforation ne sera que secondaire, étant précédée par la formation de ces adhérences protectrices.

Le début est marqué par des troubles digestifs et un ensemble de symptômes plus ou moins constants, en beaucoup de points comparables à ceux de l'ulcère stomacal, mais généralement moins accusés. Le symptôme initial et souvent unique est la douleur. Elle apparaît après le repas au bout d'une heure ou une heure et demie. Son point de départ est à gauche de la ligne médiane, au-dessus et en dehors de l'ombilic, dans une région qui correspond à la partie supérieure du muscle grand droit gauche. Parfois on constate une douleur spinale, qui se comporte comme le point dorsal de l'ulcère stomacal, siégeant aux lombes ou entre les deux épaules.

Le malade doit bientôt restreindre son alimentation, à cause des douleurs que provoque le passage

des aliments dans l'intestin. Elles revêtent fréquemment la forme de violentes coliques généralisées à tout l'abdomen ; plus rarement, ce sont des brûlures aussi localisées et intenses que celles accompagnant l'ulcère térébrant de l'estomac.

Les vomissements ne sont pas constants. Ils surviennent assez longtemps après le repas et sont généralement très acides. L'hématémèse a été peu observée. On a noté exceptionnellement du mœlena.

Ces différents symptômes joints à la perte de poids, qui ne tarde pas à se produire chez le malade éveillent l'attention du médecin. Le diagnostic précis est posé quand il se produit, où l'infiltration de la paroi abdominale ou l'ouverture de l'ulcère dans un viscère creux.

Dans le premier cas, on constate au palper, soit une induration diffuse de la paroi, due à une infiltration assez large de la moitié supérieure du muscle grand droit gauche, soit plus fréquemment une véritable tumeur se présentant sous forme de bosselure délimitée et dure, circonscrite par du tissu souple qu'on déprime facilement. Ce noyau de forme arrondie siège généralement en dehors de la ligne parasternale du côté gauche, à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; on le découvre parfois à la simple inspection, au niveau de la petite courbure de l'estomac. Il est adhérent au plan profond et les tissus superficiels, offrent souvent peu de mobilité sur lui, à cause des modifications déjà subies par la paroi. La douleur est généralement très

vive à la pression et la paroi abdominale se défend quand on palpe à son niveau.

Dans le deuxième cas, celui qui relève de l'ouverture de l'ulcère dans un viscère creux, ce sont les vomissements qui dominent la scène. Leur caractère d'intensité et de fréquence marque généralement l'apparition de la perforation, laquelle peut être spontanée ou succéder à un effort, comme dans un cas de Gosset, où le malade fit une chute sur le côté.

Ces vomissements surviennent à n'importe quelle heure de la journée. Ils peuvent se reproduire trois ou quatre fois par jour. Ils sont bilieux et dégagent une odeur repoussante ; ils ne tardent pas en effet de devenir fécaloïdes et si l'on pratique des lavages d'estomac, on constate encore cette odeur particulière et la couleur noirâtre des résidus. Puis, une diarrhée intense, fait également son apparition. Vomissements et diarrhée amènent un amaigrissement énorme et rapide, aboutissant à une perte de forces considérable. Le diagnostic dès lors s'impose.

3° *Forme simple de l'ulcère jéjunal.* — Le diagnostic en est souvent délicat. Après une période de bien-être opératoire, surviennent des douleurs et des troubles digestifs analogues à ceux de l'ulcère térébrant de l'estomac. Ces troubles ont pourtant un caractère essentiel, c'est leur irrégularité.

Certains malades éprouvent des sensations assez vives, qu'il comparent tantôt à une déchirure, tantôt à une brûlure locale. En général, c'est plutôt une

sensation de gêne rarement continue pouvant être spontanée ou provoquée par la pression. Cette gêne s'amende, disparaît, puis tout à coup, revient sous forme de coliques, plus ou moins violentes, avec maximum d'intensité une heure ou deux après le repas. Parfois, l'ingestion des aliments calme la douleur. Très souvent, on a noté, le maintien de l'appétit pendant la durée de la crise, l'estomac conservant une tolérance assez complète pour les mets qu'il refuse, quand il est lui-même en cause.

Le lien d'élection de la douleur répond à l'hypochondre gauche, en dehors de la ligne parasternale, à quelques travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Ce siège paraît correspondre à la portion initiale du jéjunum, localisation fréquente de l'ulcère. De là, la douleur gagne l'épigastre ; dans quelques cas elle peut s'étendre à la région hypogastrique.

Les vomissements ne sont pas constants. Ils n'apparaissent que tard après le repas et n'amènent pas la sédation de la douleur comme le vomissement de l'ulcère stomacal. Les selles sont très fétides et ont parfois une coloration noirâtre, ce qui nous permettra de dépister des hémorragies, souvent méconues.

En somme, ce qui caractérise cette forme clinique, c'est son état de chronicité, son mode de poussées successives et paroxystiques. L'apparition des troubles digestifs, leur caractère d'être moins accusés que dans l'ulcère de l'estomac, la tolérance de celui-ci, enfin la localisation spéciale de la douleur, doivent

faire penser à un ulcère jéjunal, chez un malade porteur d'une gastro-entérostomie.

TRAITEMENT. — Le traitement de l'ulcère peptique est prophylactique et curatif. Comme prophylaxie, il faut continuer les soins médicaux de l'ulcère, soumettre les malades à des examens fréquents et les mettre en garde contre toutes les causes susceptibles de provoquer la récurrence ulcéreuse. Le malade reprendra ses occupations professionnelles avec modération ; il évitera toute tentative d'efforts ou de mouvements brusques.

Son alimentation sera sévère. L'alcool sera pros crit absolument. Les alcalins seront un auxiliaire précieux, lorsque l'examen du chimisme gastrique aura révélé la présence d'acide chlorhydrique en excès.

Le traitement curatif, consiste dans l'occlusion de la perforation en cas de péritonite. On pratiquera ou bien la suture de l'ulcère ou mieux la résection de celui-ci, suivie dans ce cas d'une nouvelle gastro-entérostomie. Dans la forme avec plastron, on libérera les adhérences, lesquelles laissent en place dans la plupart des cas un ulcère perforé. On agira alors comme précédemment. En cas de fistule jéjuno-colique, il faudra séparer les viscères et suturer les deux orifices créés par cette communication. La lumière du colon se trouvant notablement rétrécie par le fait d'une perte de substance considérable, on peut terminer l'opération, comme chez un malade de Gosset, par une iléo-sigmoïdostomie.

Inutile d'ajouter, que l'intervention doit être généralement aussi précoce que possible.

a) **Oblitération de la bouche.** — Tuffier a rapporté à la Société de Chirurgie, en 1907, un cas où l'anse intestinale et l'estomac s'étaient complètement séparés et se trouvaient placés parallèlement sans aucun rapport entre eux, à quelques centimètres l'un de l'autre. Papadopoulos, dans sa thèse faite sous l'inspiration de Tuffier, a rapporté 24 cas d'oblitération de la bouche. Cet accident est excessivement rare, vu le grand nombre de gastro-entérostomies et nous n'en avons jamais observé parmi les opérés de Rieffel.

Dans quelles conditions se produit cette oblitération? La guérison spontanée de la gastro-entérostomie ne s'observe que dans le cas où l'estomac possède un pylore perméable. C'est là une condition essentielle.

Les expériences de Pierre Delbet ont montré que le pylore, étant libre, la néostomie ne fonctionne pas. Et l'examen de la physiologie normale et pathologique paraît nous en donner l'explication.

La voie d'évacuation du contenu gastrique étant normalement le pylore, c'est vers ce point que le péristaltisme de l'estomac dirige les aliments. Tout y contribue; la forme de l'organe et le sens de ses contractions.

La voie artificielle, au contraire, se trouve dans des conditions défavorables pour s'offrir de préférence à l'évacuation de l'estomac. Même dans les cas

de gastro-entérostomie en Y, les mouvements péristaltiques de l'estomac et un certain glissement de sa muqueuse, ont pour effet de dérober la lumière de l'anastomose sous la masse du contenu gastrique.

On ne peut pas incriminer en général, les dimensions insuffisantes de l'anastomose, car plus le diamètre de cet orifice est grand, plus est marquée la tendance de la paroi intestinale à faire soupape et même éperon.

L'estomac devrait développer des contractions plus fortes et plus violentes que normalement, pour faire prendre au contenu gastrique la voie chirurgicale. C'est ce qui arrive, quand le pylore n'étant plus perméable, il n'existe que la voie artificielle pour évacuer les aliments.

Mais quand le pylore est libre ou peu sténosé, le contenu gastrique s'y engage par gorgées successives. Le duodénum se trouvant ainsi plein, l'estomac, par suite du réflexe duodénal, ne peut plus développer cette force de contraction nécessaire pour pousser les aliments vers la néostomie. Il cesse même de se contracter pendant tout le temps que dure la réplétion du duodénum. Quand une nouvelle contraction commence, le résultat en est encore le même et il en sera ainsi jusqu'au passage dans l'intestin de la totalité du contenu gastrique.

Telle paraît être l'explication la plus plausible du non fonctionnement de la gastro-entérostomie quand le pylore est perméable.

En plus l'inactivité même à la néostomie, tend

vers son oblitération. Un processus analogue de réparation spontanée s'observe également dans d'autres régions de l'organisme. Des fistules intestinales muco-cutanées ont guéri quand le canal intestinal a retrouvé sa perméabilité ; de même les fistules opératoires vésico-vaginales, avec bordure muco-muqueuse parfaite, se rétrécissent et finissent par s'oblitérer.

On ne doit pas incriminer les techniques opératoires, pour expliquer l'oblitération, puisque l'anastomose peut se rétrécir et se fermer avec toutes les méthodes, comme le fait remarquer Mikulicz. Le professeur Hartmann serait plutôt tenté de mettre en cause un ulcus de la bouche elle-même, pour expliquer la guérison spontanée de la néostomie.

Papadopoulos arrive à la conclusion suivante : « Etant donné que la gastro-entérostomie ne fonctionne pas, quand le pylore est libre et qu'elle finit même par s'oblitérer au bout d'un laps de temps plus ou moins long, il nous semble que cette opération est complètement inutile dans ces conditions et que nous n'avons pas le droit de faire encourir à un malade les risques d'une opération, dont la mortalité, quoiqu'on en dise, reste encore élevée, alors que son utilité est des plus problématiques. »

Ceci nous paraît exagéré et pratiquement, vu la rareté excessive de cet accident, on ne doit beaucoup tenir compte de l'oblitération possible, mais peu probable de la bouche, dans les gastro-entérostomies journalières.

b) **Troubles gastro-intestinaux.** — Ils ont été étudiés par Parmentier et Denéchaux, Degorce, G. Durand, Mathieu et Savignac. On peut les ranger en deux groupes : diarrhée simple et dyspepsie gastro-intestinale.

1° *Diarrhée.* — Elle est assez fréquente. On la trouve dans un huitième de cas de gastro-entérostomie d'après Durand. Elle débute généralement peu après l'opération et coïncide ou avec la reprise trop hâtive d'une alimentation normale ou avec l'administration d'un purgatif. Elle peut être passagère, cédant rapidement au repos et à un régime spécial ; mais le plus souvent, elle est persistante et dure plusieurs mois, quelquefois même plus d'un an. Elle présente souvent des rechutes, qui paraissent être provoquées par des écarts de régime ou des excès de fatigue.

Les selles sont molles, pâteuses, bilieuses, presque liquides, rarement lientériques. Dans ce dernier cas, elles entraînent rapidement un état de déchéance marquée.

Les évacuations se font généralement peu après les repas, parfois immédiatement après, étant précédées par des coliques et du gargouillement intestinal. La diarrhée est rarement nocturne. Le repas du soir est mieux toléré que les autres, surtout chez les malades qui se couchent peu après le dîner.

Dans quelques cas rares, la diarrhée fait une apparition plus tardive : une ou plusieurs années après l'opération à la suite d'un excès de table ou

d'abus de boissons. Elle présente alors la même évolution que dans le cas précédent.

2° *Dyspepsie gastro-intestinale post-opératoire.*

— Il s'agit d'un malade qui a subi une gastro-entérostomie depuis un certain temps. Il est rare, en effet, que les troubles dyspeptiques se présentent aussitôt après l'opération. C'est après plusieurs mois que le malade commence à se plaindre de deux choses : *douleurs* et *diarrhée*.

Les douleurs ne sont pas en général bien vives. C'est une sensation de gêne, de pesanteur, de digestion pénible et difficile. Très rarement elles sont accentuées. Jamais elles ne sont aiguës.

Elles surviennent aussitôt après le repas et sont d'autant plus vives et plus précoces que le repas est plus abondant. Certains malades ne souffrent qu'après les principaux repas. L'ingestion rapide provoque plus facilement des douleurs.

Dans certains cas, les douleurs ne se produisent que quelque temps après la prise des aliments, revêtant ainsi le caractère des douleurs tardives stomacales, mais s'en différenciant en ce que leur apparition est tout de même plus précoce et surtout par ce fait que, ni les aliments, ni les alcalins ne les calment.

Ces douleurs siègent dans la région ombilicale, parfois entre le point épigastrique et l'ombilic. Elles sont calmées par le décubitus dorsal. Certains sujets ne souffrent que s'ils sont obligés de marcher aussitôt après le repas et peuvent ainsi prévenir l'appari-

tion des douleurs en prenant le soin de s'étendre ou se reposer après le repas.

En dehors de la douleur, ce qui caractérise ce syndrome c'est la diarrhée. Elle a les mêmes caractères que nous avons décrits précédemment. Les selles sont nombreuses : cinq, six et plus ; mais il peut n'y avoir qu'une selle. Très rarement, la diarrhée est remplacée par la constipation.

Ce qui est curieux, c'est que douleurs et diarrhée sont calmées par les préparations acides, tandis que les alcalins peuvent provoquer une aggravation.

A l'examen de ces malades, on constate que le ventre est un peu distendu, un peu ballonné, dans la région péri ou sous-ombilicale. On trouve toujours un certain degré de sensibilité. Il est très rare, que ce soit une douleur bien vive, c'est plutôt une sorte d'endolorissement que provoque la palpation dans toute la région ombilicale.

Un signe important, caractéristique, qu'on rencontre dans les cas les plus typiques, c'est un clapotage très marqué siégeant dans la région sous-ombilicale, ayant un timbre intestinal, ce qui permet de le différencier de celui des vastes dilatations gastriques.

Quelle origine faut-il attribuer à ces complications ? C'est le point que nous allons à présent envisager.

Les accidents de dyspepsie gastro-intestinale se produisent avec une fréquence beaucoup plus grande chez les malades qui présentent une accélération post-opératoire du passage du contenu de leur esto-

mac dans leur intestin. A la radioscopie, on voit qu'un repas bismuthé passe dans l'intestin, le plus souvent en quelques minutes ou en vingt à trente minutes, parfois en une heure ou deux, rarement en trois heures. Et non seulement la durée du passage total des aliments est raccourcie, mais de plus leur évacuation se fait fréquemment d'un bloc, au lieu de se faire rythmiquement comme à l'état normal.

Cette évacuation trop rapide, fait que le contenu de l'estomac arrive dans l'intestin, sans être suffisamment mélangé de suc gastrique, sans avoir été suffisamment préparé à l'action des sucs intestinaux. Le chyme est moins homogène. La digestion chlorhydro-peptique est plus restreinte. D'où en premier lieu une cause d'irritation pour la muqueuse de l'intestin par la grossièreté de la division des aliments et pour la musculature par suite de l'arrivée dans les anses grêles d'une masse alimentaire trop considérable.

En second lieu, il résulte de l'insuffisance des transformations des albumines en peptones, que l'action de la trypsine et de l'érepsine sera des plus réduites. De plus, la muqueuse du jéjunum, n'est pas entraînée à recevoir un liquide acide. Cette acidité a d'ailleurs d'autres conséquences. Elle annihile en partie l'action du suc pancréatique, qui est optimale en milieu neutre ou légèrement acide.

Et d'autre part, le reflux dans l'estomac, forcément très important des liquides duodénaux alcalins, entrave la digestion peptique, qui ne se fait qu'en milieu

acide. Au lieu donc de se prêter un mutuel secours comme dans le cas de fonctionnement normal, ces sucs s'entravent l'un l'autre après la gastro-entérostomie.

La dyspepsie gastro-intestinale post-opératoire provient donc en grande partie d'une évacuation trop rapide du contenu gastrique dans l'intestin grêle avec toutes les conséquences, qu'entraîne ce transit trop accéléré. Mais il est bien certain, que le régime alimentaire, doit avoir une importance très grande dans l'apparition de cette dyspepsie. Les repas copieux ou pris trop hâtivement, la nature même des aliments, qu'ils soient irritants par leur constitution chimique (alcools, épices) ou qu'ils le soient par leur état physique (mets grossiers) sont autant de causes de troubles intestinaux.

Les opérés robustes, bien équilibrés supportent relativement bien tous ces troubles. Tandis que chez des individus amaigris, fatigués, chez ceux dont le système nerveux est facilement irritable, la décharge violente et brusque du contenu gastrique dans le grêle, provoque des réactions vives, douloureuses, en même temps que motrices et sécrétoires, susceptibles d'amener la diarrhée et des sensations pénibles. Cette tolérance des uns et intolérance des autres explique pourquoi à rapidité égale d'évacuation gastrique dans le jéjunum, certains gastro-entérostomisés ont une digestion et une santé parfaite, tandis que d'autres présentent les accidents indiqués.

Le traitement de ces troubles gastro-intestinaux

consistera surtout en une hygiène générale bien comprise et en un régime bien ordonné. Comme hygiène ces malades doivent éviter tout ce qui peut diminuer leur résistance physique et nerveuse. Par conséquent, tous les efforts trop grands, tout travail excessif et à *fortiori* le surmenage, leur seront défendus. Quant au régime il sera tel que nous l'avons indiqué précédemment, et nous insistons encore une fois sur l'importance d'une alimentation bien réglée, qui permet d'éviter tant de complications.

LES EFFETS UTILES DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Nous passerons successivement en revue, les effets sur les troubles mécaniques et fonctionnels que présentait le malade et puis nous verrons les modifications obtenues sur le processus chimique de la digestion.

a) L'amélioration des troubles mécaniques se manifeste par une diminution de la dilatation de l'estomac et de la stase gastrique. Mais il ne faut pas croire que l'opération supprime le temps gastrique de la digestion et qu'elle transforme l'estomac en une sorte d'entonnoir, puisque les aliments y séjournent parfois bien plus que normalement ;

b) L'amélioration des troubles fonctionnels et généraux est des plus marquée. Les douleurs cessent complètement, les aigreurs, les éructations les vomissements disparaissent. L'état général se rétablit très rapidement, et on voit des malades augmenter de 10 kilogrammes en deux mois ;

c) Quant au processus chimique, on peut noter une diminution de l'hypersécrétion. L'hyperpepsie est très modifiée et parfois les diverses valeurs chi-

miques tombent au-dessous de la normale. En ce qui concerne le reflux de la bile dans l'estomac, les expériences de Katzenstein, ont confirmé la théorie de Soupault, en montrant que la bile loin d'être nuisible, combat l'acidité gastrique et active ainsi la cicatrisation de l'ulcère.

Il ne faut pas oublier que les gastro-entérostomisés doivent suivre un régime alimentaire bien déterminé. Le contrôle du chimisme gastrique indiquera les diverses modalités du régime. On évitera ainsi le retour des anciens accidents.

La mortalité opératoire de la gastro-entérostomie tend à s'abaisser de plus en plus. Ainsi le professeur Hartmann qui avait noté en 1897 et 1898 une mortalité de 25 o/o est arrivé les deux années suivantes à 13 o/o de morts. Des beaux résultats immédiats seront plus facilement atteints, quand les malades n'attendront plus à être réduits à l'état de véritables squelettes, pour s'adresser enfin au chirurgien.

Montprofit note une mortalité de 8 o/o pour les non cancéreux. Entre 1912 et 1920, M. Rieffel a pratiqué 110 gastro-entérostomies, pour des ulcères sténosants chroniques, et il n'a observé que 3 morts sur ces 110 malades.

Ces derniers temps on a préconisé la résection des ulcères gastriques, dans le but d'éviter, certaines complications. Mais la résection ne donne pas une sécurité préventive absolue, quant au développement ultérieur de ces complications, même quand elle large, comme le recommande Temoïn. Et quand on

examine la statistique de Pauchet, on constate que l'excision simple de l'ulcère avec suture de la brèche, donne une mortalité de 20 o/o, tandis que pour la gastrectomie la mortalité est de 10 o/o. D'ailleurs le même auteur note pour la gastro-entérostomie simple 1 o/o de morts.

Dans ces conditions, il nous semble qu'à l'heure actuelle, le meilleur traitement de l'ulcère de l'estomac, surtout dans ses formes sténosantes chroniques, cas que nous avons envisagé, est la gastro-entérostomie simple, telle que la pratique mon maître, M. Rieffel.

OBSERVATIONS

OBS. I. — Mme A..., quarante-cinq ans, infirmière. Epreuve des troubles gastriques depuis de longues années. Douleurs au creux de l'estomac. Sensations de faim. En août 1913, on note l'apparition de mœlena. Puis, le 27, 28 et 30 décembre 1913, selles mélangées avec d'abondantes quantités de sang. En même temps la malade présente des violentes douleurs en broche, accompagnées d'une sensation de transfixion. Le 31 décembre de la même année, hématomèse abondante, de même que mœlena. A partir de ce moment, la malade suit le régime lacté absolu et au moment où elle doit subir l'opération, elle est très affaiblie, exangue presque.

L'examen radioscopique pratiqué le 30 juin 1914, montre qu'immédiatement après ingestion d'un lait bismuthé, tout l'estomac contient du bismuth; une heure et demi après, il y a encore du bismuth dans presque tout l'estomac, tandis que six heures après l'ingestion il en reste encore, gros comme une mandarine.

On pratiqua, le 6 juillet 1914, une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure. La sténose était moyenne. Il y avait des adhérences pyloriques nombreuses.

Après l'opération, la malade a pu s'alimenter d'une façon

convenable et a repris 5 kilogrammes en six mois, malgré une diarrhée persistante, qui a duré quatre mois environ.

Nous avons revu la malade, tout dernièrement, c'est-à-dire, six ans environ après l'opération. Elle se porte admirablement bien, ne souffre plus du tout, s'adonne à un travail pénible, s'alimente d'une façon à peu près normale.

Obs. II. — M..., quarante-deux ans, employé de commerce. Ce malade souffre depuis cinq ans. Sensations de gêne à siège épigastrique, survenant deux ou trois heures après le repas, surtout celui de midi. Bientôt apparition de douleurs d'abord légères, puis angoissantes et de plus en plus vives. Les divers régimes ou médications ne calment pas les douleurs, qui s'apaisent pourtant un peu par l'ingestion d'aliments ou le décubitus dorsal.

Pas de vomissements, pas d'hématémèse. Peu d'appétit, mais pas de dégoût pour les aliments. Le malade a beaucoup maigri, a perdu 10 kilogrammes les six derniers mois.

Les douleurs devenant intolérables, il y a trois mois environ, le malade se décide de consulter M. le Dr Parmentier. L'examen décèle la présence de sang digéré dans les matières fécales. Pratiquant le chimisme gastrique, une heure après le repas d'épreuve, on trouve : 200 centimètres cubes de liquide bien émulsionné, H = 241, T = 453. A jeun on trouve 50 centimètres cubes de liquide bilieux avec résidus alimentaires.

Le 28 mai 1914, le malade entre dans le service du Dr Riefel, étant très affaibli. Intervention le 1^{er} juin : on trouve une sténose ulcéreuse du pylore, un estomac très vascularisé, un foie petit. On pratique une gastro-entérostomie postérieure.

Les suites opératoires sont normales. Le dixième jour, M... mange de la viande, de la purée. Le douzième il prend du pain. Il va régulièrement à la selle. La première levée a lieu, les treize jours après l'opération.

Suites éloignées : Revu trois ans après. Etat excellent. Mine très bonne. A engraisé de 17 kilogrammes depuis l'opération. Travaille sans peine. N'a plus de douleurs, mange de bon appétit, selles régulières.

OBS. III G..., trente-sept ans, journalier. Souffre depuis deux ans ; douleurs au creux épigastrique, s'irradiant en ceinture, sans gagner le dos. Très vives, elles se montrent plus tôt deux heures après le repas, pour persister jusqu'au repas suivant. Elles sont calmées, par l'ingestion d'un peu de lait et surtout par les régurgitations que le malade provoque lui-même. Jamais de vomissements alimentaires. Une seule hématomèse.

Le malade consulte ; il est mis au régime ; pendant quelque temps amélioration. Puis surviennent d'autres crises douloureuses, mais de moindre intensité.

Le 5 novembre 1913, on pratique l'examen du suc gastrique, dans le service de M. Parmentier. On trouve à jeun 70 centimètres cubes de liquide jaune foncé sans résidus alimentaires. Une heure après le repas d'épreuve on trouve 260 centimètres cubes de liquide bien émulsionné et $A = 182$, $T. = 365$.

Le 21 novembre, intervention : sténose pylorique d'origine ulcéreuse. Estomac très dilaté. Dans la région prépylorique, en avant on remarque des tractus blanchâtres cicatriciels. Aucune périgastrite postérieure. Les ganglions

épiploïques paraissent sains. Au niveau du pylore, on sent nettement une induration en virole. M. Rieffel pratique une gastro-entérostomie postérieure.

Malade revu quatre ans après. Etat excellent. Surveillance du régime ; évite alcool, crudités. A engraisé de 8 kilogrammes.

Obs. IV. — Mme P..., trente ans. Les premiers troubles digestifs datent de la vingtième année ; mais ils ne prirent quelque intensité qu'à l'âge de vingt-quatre ans. A cette époque, elle accuse des douleurs très vives au creux épigastrique, survenant quatre heures après le repas de midi. En même temps, elle est très constipée. Douleur et constipation ne se montrent que par période de quinze à vingt jours et sont séparées par des accalmies d'une durée de quelques mois.

Récemment les vomissements ont fait leur apparition. On retrouve des aliments ingérés plusieurs jours auparavant. Jamais d'hématémèse, ni de mœlena.

L'examen du chimisme gastrique pratiqué par M. Winter, une heure après le repas d'épreuve montre 140 centimètres cubes de liquide un peu coloré, H. = 0, T. = 310. A jeun on trouve 30 centimètres cubes de liquide un peu coloré et alimentaire.

L'intervention a lieu le 18 septembre 1917. M. Rieffel trouve une sténose ulcéreuse du pylore, avec quelques adhérences entre la petite courbure et le foie. Nombreux tractus cicatriciels blanchâtres sur la face postérieure de la région pylorique. Pas de ganglions. On pratique une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Les suites immédiates sont satisfaisantes.

Les suites éloignées sont excellentes. La malade n'a plus de douleurs, ni de vomissements. En six mois son poids passe de 46 à 57 kilos. Au mois de janvier 1920, elle écrit pour confirmer l'état satisfaisant de sa santé.

Obs. V. — S..., quarante-quatre ans, forgeron. Depuis quatre ans, il ressent des douleurs vives, brûlures, tiraillements au creux épigastrique, s'irradiant en broche jusqu'entre les épaules. Elles s'accompagnent bientôt de régurgitations acides, puis de vomissements alimentaires.

Peu à peu, les phénomènes s'exagèrent et il reconnaît dans ses vomissements la présence d'aliments ingérés quatre jours auparavant. Enfin il constate du mœlena.

Le tubage à jeun donne 100 centimètres cubes de liquide, sans résidus alimentaires. L'examen radiographique a montré que les trois quarts du bismuth ingéré se trouve dans l'estomac six heures après le repas.

En mai 1915, intervention : ulcère de la petite courbure au niveau de la région pylorique. Sur la face antérieure, tractus cicatriciels. Estomac abaissé et dilaté. Colôn transverse petit, ratatiné. On pratique une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Les suites immédiates sont excellentes. Les suites éloignées sont bonnes. Plus de douleurs, plus de régurgitations, ni vomissements ; mais le malade a conservé un régime sévère, s'abstenant complètement de boissons alcooliques.

Obs. VI. — N..., quarante ans, soldat au 115^e régiment territorial. Les premiers troubles dyspeptiques remontent à l'enfance. Tous les dix jours environ, il ressentait deux

heures après le repas une douleur épigastrique très vive. Elle ne s'accompagnait ni de vomissements, ni de constipation.

Vers vingt-cinq ans, il accuse une douleur transfixiante et pour la première fois surviennent des vomissement aqueux, acides, calmant la douleur pour quelques instants. Plus tard, il présente des vomissements alimentaires qui amènent une sédation complète des phénomènes douloureux.

Pendant son séjour à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le Dr Parmentier, du 3 novembre au 6 décembre 1915, il eut une fois du mœlena.

Le 10 décembre 1915, intervention : on trouve une sténose pylorique assez serrée, d'origine ulcéreuse. M. Rieffel pratique une gastro-entérostomie postérieure.

Après un congé de convalescence, le malade reprend son service. Son état s'est considérablement amélioré. Nous l'avons revu dernièrement, plus de quatre ans après l'opération. Il exerce un métier pénible, pourtant il ne souffre plus, n'a plus de vomissements. A bonne mine. Depuis quelques mois, il était revenu au régime ordinaire, sans cependant prendre du vin.

Obs. VII. — Mme G..., quarante-six ans.

Les premiers troubles dyspeptiques datent de douze ans. La malade ressent par périodes, des douleurs au creux épigastrique, qui sont assez vives, qui surviennent tardivement après le repas. Plus tard, les douleurs prennent un caractère perforant. Avec cela on note des vomissements, parfois aqueux, parfois alimentaires, et une constipation assez accentuée.

L'examen du chimisme gastrique, montre quatre-vingt

minutes après le repas d'épreuve, 100 centimètres cubes de liquide incolore, $H = 44$, $T = 412$. Le tubage à jeun donne 45 centimètres cubes de liquide très trouble, mais inodore. A l'examen radioscopique, on constate que les trois quarts du bismuth ingéré six heures auparavant se retrouve dans l'estomac.

On intervient au mois d'avril 1916 et on trouve une sténose pylorique d'origine ulcéreuse. L'estomac présente le long de la petite courbure des adhérences avec sclérose de l'épiploon gastro-hépatique. Gastro-entérostomie postérieure.

Les suites immédiates sont excellentes. Les suites éloignées sont bonnes, malgré le retour au régime commun. La malade a engraisé et ne présente plus ni douleurs, ni constipation.

Obs. VIII. — L..., trente-quatre ans, employé de commerce. Les premiers troubles digestifs datent d'il y a trois ans. Douleurs au creux égastrique s'irradiant en broche entre les épaules. Très vives, elles se montrent deux ou trois heures après les repas. Elles s'accompagnent de vomissements aqueux spontanés, mais parfois provoqués par le malade et calmant la douleur. Une fois hématémèse abondante. Plus tard vomissements alimentaires et constipation.

Au chimisme gastrique, on trouve une heure après le repas d'épreuve : $A = 182$, $T = 423$, 240 centimètres cubes de liquide bien émulsionné. A jeun, on retire 390 centimètres cubes de liquide contenant des résidus alimentaires.

Le 3 février 1916, intervention : sténose pylorique assez serrée consécutive à un ulcus. Adhérences de l'estomac à la

face antérieure de la paroi abdominale, tout près de la région pylorique. Gastro-entérostomie postérieure.

Suites immédiates bonnes. Suites éloignées excellentes. Le malade n'a plus de vomissements, plus de douleurs. Ne suit aucun régime, mais a renoncé aux alcools et aux apéritifs. Revu quatre ans après l'opération, il avait un état général très satisfaisant.

OBS. IX. — Mme L..., vingt-huit ans.

Malade très amaigrie, ne pesant que 43 kilogrammes. Se nourrit à peine parce qu'elle vomit constamment. A eu une hématomérose.

A l'intervention on trouve une sténose serrée consécutive à un ulcère de la région pylorique. Gastro-entérostomie.

La malade se lève le treizième jour après l'opération et quitte l'hôpital le quinzième.

Suites éloignées excellentes. Engraisse de 9 kilos en six mois.

OBS. X. — Mme M..., quarante-quatre ans. Les troubles digestifs ont débuté trois ans auparavant. Subitement la malade ressentit une douleur très vive à l'épigastre, au voisinage de l'ombilic. Cette première douleur dura deux heures et revient souvent à l'occasion de fatigues s'accompagnant de régurgitations d'eau jaunâtre. Puis surviennent des vomissements.

Une année après mœlena durant huit jours consécutifs. Les vomissements augmentent d'intensité et sont le plus souvent alimentaires. La malade maigrit beaucoup.

A l'examen du chimisme gastrique on trouve une heure après le repas d'épreuve 110 centimètres cubes de liquide

émulsionné, H = 190, T = 365. A jeun, on trouve 43 centimètres cubes de liquide trouble.

Intervention le 19 novembre 1914. On constate une sténose ulcéreuse du pylore. Estomac distendu. Pas d'adhérences. Pas de ganglions. Gastro-entérostomie.

Les suites immédiates sont bonnes. Les suites éloignées très satisfaisantes. La malade s'alimente bien, peut travailler facilement, n'a plus de douleurs, ni de vomissements, a beaucoup engraisé. Nous l'avons revue dernièrement et son état de santé est excellent.

CONCLUSIONS

1° Le succès de la gastro-entérostomie, dépend non seulement d'une technique parfaitement réglée, mais aussi des soins pré-opératoires et consécutifs ;

2° Dans les ulcères sténosants chroniques de l'estomac, la gastro-entérostomie est l'opération qui donne les meilleurs résultats à moins de frais. Les malades voient disparaître la plupart des troubles qu'ils présentaient et arrivent rapidement à un état de santé satisfaisant. D'après les résultats éloignés, il n'est pas démontré que la résection de l'ulcère soit supérieure comme méthode curative à la gastro-entérostomie simple et on ne saurait contester que la première de ces interventions comporte un pronostic opératoire plus sévère que la deuxième ;

3° La crainte des complications, d'un ulcère peptique ou d'une obstruction ultérieure de la bouche anastomotique, ne doit pas faire porter des réserves sur l'excellence de cette opération, car ces complications sont en général des accidents bien rares ;

4° La mortalité dans la gastro-entérostomie est tellement faible, qu'elle devrait entrer dans la pratique journalière des chirurgiens.

Le président de la thèse,
LEGUÉU

Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Bettac.* — Zur Casuistik der Ulcera nach Gastro-Leipzig, 1905.
- Bernard.* — Une cause d'insuccès de la gastro (J. méd. Paris, 1907).
- Carnot.* — Pourquoi doit-on réséquer les ulcères gastriques (Paris méd., 1918, XXIX).
- Chavannaz.* — Gastro avec bons résultats éloignés (Gaz. hebd. d. Soc. méd. Bordeaux, 1908, XXIX).
- Delalay.* — Beitrag zur Gastro-entérostomie. Leipzig, 1906.
- Delbet.* — Pièce expérimentale de gastro-entérostomie (Bull. Soc. chir. de Paris, 1907, XXXIII).
- Recherches expérimentales sur la gastro. Ibid.
- Desfosses.* — La gastro-entérostomie, Th. Paris, 1897-1898.
- La valeur de la gastro (Presse méd. Paris, 1910, 698).
- Dujarier.* — La gastro-entérostomie. Paris, 1910.
- Durand (G.).* — La diarrhée, accident consécutif à la gastro (Progrès méd. Par., 1913, XXIX).
- Dupal (Pierre).* — Un point de technique opératoire de la gastro (Bull. Soc. chir. de Paris 1919, XLV).
- Gosset.* — Ulcère peptique du jéjunum après gastro (Revue de Chir. Paris, 1906, XXXIII).
- Gosset et Lœwy.* — Matériel de suture, dans les opérations estomac, particulièrement dans gastro pour ulcère (Bull. Soc. chir. Par., 1920, XLVI).
- Guibal.* — Gastro. Danger que comporte la torsion à droite de l'anse jéjunale (Bull. Soc. chir. Par., 1920, XLVI).
- Guibé.* — Le fonctionnement de la bouche stomacale chez les

- gastro-entérostomisés à pylore perméable (J. de Chir., t. I, 1).
- Von Hacker.* — Zur operation Verschluss der Magen und Darmfistel (Zentralb. für Chir. Leipz., 1912, XXXIX).
- Hartmann.* — Chirurgie gastro-intestinale.
- Jaboulay.* — Gastro-entérostomie avec pylore perméable (Lyon méd., 1908, CX).
- Katzenstein.* — Über die Aenderung der Magenschemismus nach der Gastro (Deut. med. Wochen., 1907).
- Martel (De).* — Ecraseur pour Chir. gastrique (Bul. Soc. Chir., 1919, XLV).
- Montprofit.* — Etude statistique sur 241 gastro (Arch. prov. de Chir. Paris, 1905, XIV).
- Etude sur 90 opérations de gastro en Y antér. (Arch. prov. de Chir., 1917, XVI).
- Montprofit et Cannone.* — Considérations sur la pathogénie des œdèmes dans la gastro (Ann. internat. de Chir. gastro int., 1907, 1908).
- Maclaure.* — Les complications secondaires de la gastro (Revue gén. de clinique et thérap., 1910, XXIV).
- Deux cas de circulus vitiosus traités par la position gènu-pectorale (Arch. de Chir. Par. 1912, XXX).
- Mathieu.* — Pathologie gastro-intestinale, 1920.
- Mathieu et Savignac.* — Etudes sur les troubles gastro-intestinaux consécutifs à la gastro-entérostomie (Arch. mal. de l'appareil digestif. Par., 1913, VII).
- Papadopoulos.* — Suites chirurgicales éloignées et valeur de la gastro. Th. Paris, 1910.
- Pauchet.* — La rééducation alimentaire chez les gastro-entérostomisés (Clinique. Paris, 1910).
- Chirurgie gastrique (Bull. et mém. Soc. chir. de Paris, 1919, XLV).
- Chirurgie gastrique. Comment améliorer son pronostic (Par. méd., 1917, XXI).
- Traitement chirurgical des affections de l'estomac.
- Traitement de l'ulcus gastrique par la gastro-pylorectomie (Bull. Acad. Méd., 1917).

- Pénaire.* — Du traitement pré-opératoire de la gastro (Paris, chirurg., 1910-1911).
- Parmentier et Dénéchaux.* — La dyspepsie des ulcéreux gastriques opérés et leur traitement (Semaine médicale, 9 octobre 1907).
- Quénu.* — Les hémorragies gastriques et la gastro-entérostomie (Soc. chirg., mai 1904).
- Ricard et Chevrier.* — De la gastro : note sur un point particulier de sa technique (Gaz. des hôp. Paris, 1905, XXVIII).
- Sauvé.* — Que faut-il attendre en thérap. de la gastro-entérostomie (Bull. gén. de Thérap. Paris, 1913, XVI).
- Tuffier.* — Gastro postér. séparée spontanément. Ulcère gastrique consécutif (Revue inter. de Méd. et Chir., 1907, XVIII).
- Discussion sur le fonctionnement de l'anastomose après la gastro-entérostomie (Bull. Soc. Chir. de Paris, 1907, XXXIII).
- Tuffier et Roux-Berger.* — In Maladies estomac et œsophage de Mathieu, Sencert et Tuffier.
- Tavel.* — Le reflux dans la gastro-entérostomie (Revue de Chirg., 1901).
- Temoin.* — Opération d'ulcères chroniques de l'estomac (Bull. méd., 1917).
- Vachez.* — Ulcère peptique du jéjunum. Th. Paris 1907.
-

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 4713-20
